



# **Doença Oncológica em Cuidados de Saúde Primários** a propósito de um Caso Clínico

Aluna Clara Margarida de Araújo Dias

Orientadora Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Santos Rodrigues Mendonça Costa

**Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública**

Prof. Responsável pela Unidade - Prof. Doutor Vasco António de Jesus Maria

**Ano Letivo 2015/2016**

## *AGRADECIMENTOS*

---

Para a realização deste trabalho contei com o apoio de várias pessoas, sem as quais o mesmo não se concretizaria.

À minha tutora, Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Costa, agradeço por todo o apoio e paciência, pelas valiosas contribuições para o trabalho e pelo seu interesse e disponibilidade.

À doente do Caso Clínico, pelo contributo essencial do seu depoimento e pelo exemplo de vida que transmitiu, mesmo apesar das adversidades da sua vida.

Aos meus pais, por serem o exemplo e inspiração para este trabalho.

*ÍNDICE*

---

<i>RESUMO</i> .....	3
<i>ABSTRACT</i> .....	4
<i>INTRODUÇÃO</i> .....	5
<i>CASO CLÍNICO</i> .....	7
<i>DISCUSSÃO</i> .....	8
<i>Rastreios oncológicos</i> .....	8
<i>Diagnóstico em Cuidados Primários</i> .....	9
<i>Transmissão do diagnóstico</i> .....	9
<i>Referenciação dos doentes</i> .....	10
<i>Expectativas do doente VS Capacidade dos Serviços</i> .....	13
<i>Seguimento/Acompanhamento dos doentes</i> .....	14
<i>Contexto familiar e Saúde Mental</i> .....	16
<i>CONCLUSÃO</i> .....	19
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	21

## *RESUMO*

---

As doenças oncológicas têm vindo a aumentar a sua incidência, tanto em Portugal, como em todo o Mundo, sendo previsível um aumento das mortes por esta patologia nos próximos anos. Neste sentido, torna-se essencial uma adaptação dos Cuidados Primários para as crescentes necessidades nesta área em particular.

Em contexto de um Caso Clínico, destaca-se a importância da realização de rastreios oncológicos de forma a permitir um diagnóstico atempado em Cuidados Primários. É dado especial enfoque ao papel do Médico de Família na transmissão do diagnóstico e na referenciação dos doentes, estabelecendo-se um paralelismo entre as expectativas dos doentes e a capacidade dos Serviços de Saúde. Destaca-se ainda a importância do seguimento dos doentes oncológicos por parte do Médico de Família, permitindo não só o acompanhamento da patologia oncológica, mas também o tratamento de outras doenças concomitantes. Neste sentido é proporcionado um apoio de maior proximidade não só ao doente, como à sua família, permitindo contribuir para o estabelecimento de uma boa Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Doentes oncológicos; Cuidados Primários; Médico de Família; Rastreios oncológicos; Diagnóstico oncológico; Referenciação; Seguimento; Contexto familiar; Saúde Mental

*ABSTRACT*

---

Oncological diseases incidence has been increasing, not only in Portugal but all over the world, being predictable that there will be an increase in cancer related deaths in the next years. In this sense, a Primary Care adaptation to the growing needs in this area is essential.

In a clinical case context, the importance of conducting oncological screenings stands out, in order to allow timely diagnoses in Primary Care. The role of the Family Physician has been given special importance, particularly, in diagnosis transmission and patient referentiation, which establishes a parallelism between patient expectations, and health service's capacity. Also noteworthy is the importance of the follow-up of the cancer patients by the Family Physician, which allows not only the monitoring of the oncological pathology, but also the treatment of other concomitant diseases. In this sense, a closer support is provided not only to the patient, but also to his family, which also contributes for a good Mental Health.

**Keywords:** Cancer patients; Primary Care; Family Physician; Oncological screenings; Cancer diagnosis; Referentiation; Follow up; Family context; Mental Health

## INTRODUÇÃO

Atualmente as doenças crónicas e não transmissíveis, nomeadamente as doenças oncológicas, têm um peso significativo na mortalidade e morbilidade mundiais, devido em grande parte às mudanças dos estilos de vida, à urbanização e ao envelhecimento populacional. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde prevê que no ano de 2030, se atinjam cerca de 11 milhões de mortes por cancro, tornando-se a causa de morte mundialmente mais significativa.<sup>1</sup>

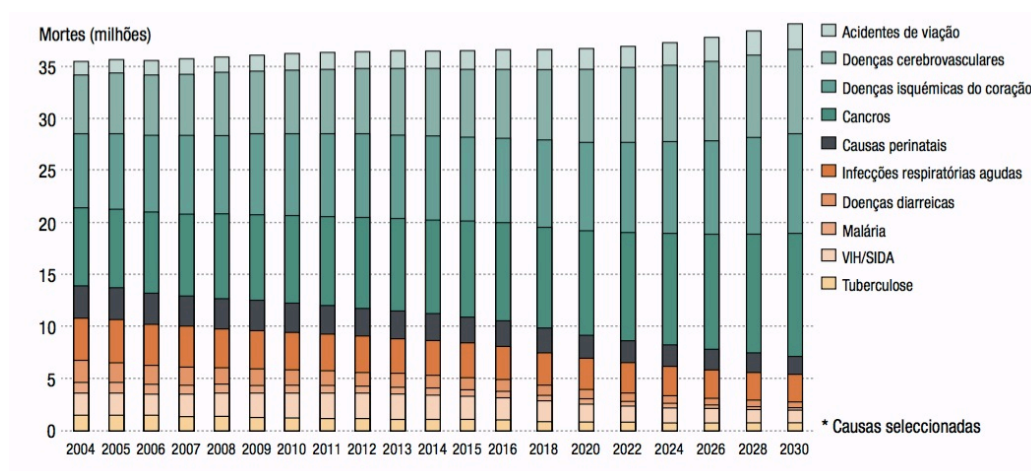


Figura 1. Aumento das doenças não-transmissíveis e dos acidentes como causas de morte.<sup>1</sup>

Em Portugal, observa-se igualmente um aumento progressivo e gradual das taxas de incidência de doenças oncológicas<sup>2</sup>, pelo que acrescem desafios ao Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente no que confere a uma maior capacidade por parte dos Cuidados Primários.

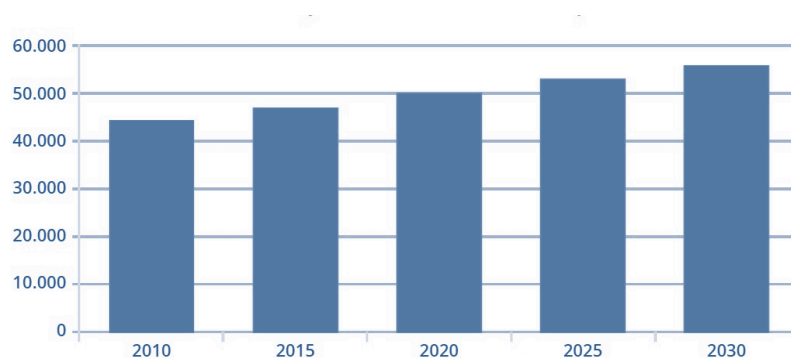


Figura 2. Previsão da evolução da incidência de Cancro em Portugal (2010 a 2030).<sup>2</sup>

Tendo em conta o panorama global das doenças oncológicas, torna-se essencial abordar esta temática e alertar para importância de estarmos atentos para este grupo de patologia.

Com este trabalho, pretende-se destacar a importância e o papel crucial do Médico de Família, não só no diagnóstico atempado da patologia oncológica, mas também no acompanhamento do doente e da sua família. Se por um lado um diagnóstico oncológico precoce em Cuidados Primários pode ter um impacto positivo na sobrevivência dos doentes, por outro, um suporte emocional proporcionado por uma boa relação médico-doente, pode implicar uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

A abordagem desta temática, tendo por base um caso clínico, será efetuada com base nos depoimentos colhidos em entrevista à doente, suportada pela bibliografia consultada.

## CASO CLÍNICO

---

*MMCGM, sexo feminino, 57 anos de idade, 11º ano de escolaridade, natural e residente em Vialonga, Lisboa, desempregada desde há 3 anos, tendo anteriormente trabalhado como rececionista num laboratório de análises clínicas.*

*É casada e reside apenas com o marido, numa casa com as devidas condições sanitárias e de higiene. Tem uma filha de 27 anos que saiu de casa há cerca de 2 meses, tendo ido viver com o namorado. Trata-se, por isso, de uma família nuclear na fase VII do Ciclo de Vida Familiar de Duvall.*

*Refere ser seguida regularmente no médico de família, onde sempre realizou os devidos rastreios protocolados.*

*Na história clínica da doente destacam-se dois diagnósticos oncológicos: um carcinoma ductal invasivo da mama no ano de 2008, e um carcinoma papilar da tiroide em 2014.*

*Como antecedentes familiares de relevo refere apenas a existência de patologia da tiroide (mãe e irmã).*

*A doente desconhece ter outras doenças, para além das patologias oncológicas.*



## DISCUSSÃO

---

### *Rastreios oncológicos*

O controlo e detecção das doenças oncológicas pode e deve ser influenciado a diversos níveis, desde a prevenção primária até aos cuidados paliativos. Neste sentido, é essencial que haja uma organização que promova uma estratégia global, de forma a diminuir a mortalidade e morbilidade por cancro, melhorando a qualidade de vida e satisfação dos utentes. Actualmente, em diferentes países, são definidos planos oncológicos de forma a coordenar as diferentes estratégias de prevenção e controlo das doenças oncológicas.

Em Portugal, está implementado o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNOC)<sup>3</sup>, criado pela Direção Geral de Saúde, no qual está protocolada a realização de três rastreios em Cuidados de Saúde Primários:

- Rastreio do cancro do colo do útero, através da realização de citologia cervico-vaginal, com idade de início entre os 20 e 30 anos de idade e até aos 60 anos;
- Rastreio do cancro da mama, por realização de mamografia, com intervalos de 2 anos, em mulheres entre os 50 e os 69 anos de idade;
- Rastreio do cancro colo-retal, através da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), em homens e mulheres entre os 50 e 74 anos de idade.

Foi demonstrado que a implementação destes rastreios conduziu a uma redução significativa das taxas de mortalidade de cerca de 80% no cancro do colo do útero, 30% no cancro da mama e 20% no cancro colo-retal<sup>3</sup>.

Neste sentido, a implementação de Rastreios Oncológicos torna-se essencial, uma vez que permite a detecção da doença ainda em fase sub-clínica, permitindo uma redução da mortalidade por cancro<sup>3</sup>, através de um diagnóstico precoce da doença e das lesões precursoras.

Os Cuidados Primários de Saúde desempenham um papel fundamental, particularmente pela proximidade à população em geral, permitindo a implementação dos vários rastreios e proporcionando uma detecção mais precoce de patologias oncológicas.

*Relativamente ao caso clínico, MMCGM realizou os rastreios protocolados, o que veio a revelar-se essencial para o diagnóstico do carcinoma ductal invasivo da mama. Neste caso, o rastreio permitiu não só detectar atempadamente a patologia, mas também instituir uma terapêutica adequada precocemente, tendo repercussões benéficas em termos de prognóstico e sobrevida da doente.*

### ***Diagnóstico em Cuidados Primários***

*Em 2014, MMCGM teve outro diagnóstico oncológico, um carcinoma papilar da tiroide, mas em circunstâncias diferentes, uma vez que a doente apresentava sintomatologia, nomeadamente um crescimento abrupto e acentuado da tiroide.*

Neste sentido, podemos estabelecer dois contextos de diagnóstico. Por um lado, podemos instituir um diagnóstico em fase subclínica através de rastreio e por outro, um diagnóstico através das manifestações clínicas. Embora estando igualmente perante uma doença oncológica, o contexto associado ao diagnóstico comporta realidades diferentes.

### ***Transmissão do diagnóstico***

*MMCGM recorda-se do momento em que lhe foi transmitido o diagnóstico do carcinoma da mama pelo médico oncologista, descrevendo-o como traumático, no qual foi adotada uma abordagem muito direta, sem qualquer preparação da doente para aquilo que lhe iria ser transmitido. Embora já tivesse sido alertada pela sua Médica de Família para o facto de os exames complementares demonstrarem algumas alterações, refere que não estava preparada para a abordagem adotada.*

*A doente acrescenta ainda que não houve qualquer tentativa de estabelecer empatia por parte do oncologista, o qual permaneceu indiferente perante a situação e a reação da doente à notícia. Perante a postura do médico, afirma ter perdido toda a confiança no seu trabalho e solicitou que o seu seguimento hospitalar fosse realizado por outro profissional.*

A transmissão do diagnóstico exige uma adaptação às características e vontades de cada doente. Alguns pacientes preferem obter uma informação completa

acerca da extensão da doença, do prognóstico, das opções de tratamento e dos efeitos adversos do mesmo. No entanto, é essencial haver algum controlo no *timing*, modo e extensão da informação que recebem<sup>4</sup>. De qualquer forma, e independentemente do prognóstico, deve ser transmitida alguma esperança ao doente e à sua família, sem que tal implique a transmissão de informações não realistas.

O contacto físico pode também ser uma mais valia na transmissão de empatia e preocupação para com o doente e a presença de outras pessoas com um papel importante na sua vida pode também ser importante.

Em determinadas situações a responsabilidade de informar o paciente sobre o diagnóstico pode cair sob o Médico de Família. De qualquer forma, e independentemente da especialidade médica, a mnemónica SPIKES<sup>4</sup> pode ser uma ajuda neste processo:

**S** (*setting up the interview*) – criar/preparar a entrevista – proporcionar alguma privacidade, preparar o espaço físico;

**P** (*perception*) – percepção – antes de falar, perguntar o que o paciente sabe;

**I** (*invitation*) – explorar a vontade do doente para receber informação;

**K** (*knowledge and information given to the patient*) – avisar o doente de que não vêm boas notícias;

**E** (*addressing the patient's emotions with empathetic responses*) – abordar as emoções do doente com respostas empáticas; manter a empatia e gestos carinhosos até que fique calmo;

**S** (*strategy and summary*) – se o doente estiver preparado, discutir opções de tratamento, um plano para o futuro pode reduzir a ansiedade.

### ***Referenciação dos doentes***

De acordo com a portaria nº 95/2013 publicada em Diário da República<sup>5</sup>, existe actualmente um Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>8</sup>, designado por “Consulta a Tempo e Horas”.

A marcação da “Consulta a Tempo e Horas” tem por base critérios de prioridade clínica e de antiguidade do registo do pedido de consulta<sup>5</sup>. Neste sentido, o

tempo máximo de resposta garantido no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, depende do nível de prioridade clínica atribuída pelo triador<sup>8</sup>.

Segundo a Lei nº15/2014, qualquer utente dos serviços de saúde tem direito a receber com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita<sup>6</sup>. Neste sentido, os tempos máximos de resposta garantidos são discriminados por patologia ou grupos de patologias<sup>7-8</sup>.

**Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde**

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
1 — Cuidados de saúde primários:	
1.1 — Cuidados prestados no centro de saúde a pedido do utente:	
1.1.1 — Motivo relacionado com doença aguda	Atendimento no dia do pedido.
1.1.2 — Motivo não relacionado com doença aguda	15 dias úteis a partir da data do pedido.
1.2 — Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indireta:	
1.2.1 — Renovação de medicação em caso de doença crónica	Setenta e duas horas após a entrega do pedido.
1.2.2 — Relatórios, cartas de referência, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem).	Setenta e duas horas após a entrega do pedido.
1.3 — Consultas programadas pelos profissionais	Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico.
1.4 — Consulta no domicílio a pedido do utente	24 horas, se a justificação do pedido for aceite pelo profissional.
2 — Hospitais do SNS:	
2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde:	
2.1.1 — De realização «muito prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.	30 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde.
2.1.2 — De realização «prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.	60 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.
2.1.3 — De realização com prioridade «normal» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.	150 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.
2.2 — Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada.	Variável em função do nível de prioridade — v. n.º 3.3 das notas técnicas.
2.3 — Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares:	
2.3.1 — Cateterismo cardíaco	30 dias seguidos após a indicação clínica.
2.3.2 — Pacemaker cardíaco	30 dias seguidos após a indicação clínica.
2.4 — Cirurgia programada:	
2.4.1 — Prioridade «de nível 4» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar.	72 horas após a indicação cirúrgica.
2.4.2 — Prioridade «de nível 3» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar.	15 dias seguidos após a indicação cirúrgica.
2.4.3 — Prioridade «de nível 2» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar.	60 dias seguidos após a indicação cirúrgica.
2.4.4 — Prioridade «de nível 1» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar.	270 dias seguidos após a indicação clínica.
2.5 — Cirurgia programada na doença oncológica	Variável em função do nível de prioridade — v. n.ºs 3.4 e 3.5 das notas técnicas.
3 — Entidades convencionadas:	
3.1 — Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica.	O tempo de resposta que conste no contrato de convenção.

Tabela 1. Tempos máximos de resposta garantidos no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde.<sup>7</sup>

<b>Níveis de prioridade oncológica e prazos máximos para realização da primeira consulta de especialidade</b>		
<b>Nível 1</b>	Neoplasias indolentes.	30 dias seguidos
<b>Nível 2</b>	Neoplasias sem características enquadráveis em nenhuma das restantes categorias, correspondendo à maioria das neoplasias.	15 dias seguidos
<b>Nível 3</b>	Neoplasias agressivas. Situações com progressão rápida, sem risco de vida imediato, mas podendo evoluir a curto prazo para essa fase. (Exemplos: tumores malignos da cabeça e pescoço, tumores pediátricos, leucemias agudas ou linfomas agressivos)	7 dias seguidos
<b>Nível 4</b>	Doentes com doença oncológica conhecida ou suspeita em que há risco de vida. (Exemplos: obstrução da via aérea, síndrome da veia cava superior, hemorragia, síndrome de compressão medular tumor cerebral com alteração progressiva do estado de consciência)	Doente admitido no Serviço de Urgência

Tabela 2. Níveis de prioridade oncológica e prazos máximos para realização da primeira consulta de especialidade.<sup>7</sup>

*A referenciação de MMCGM, aquando do diagnóstico do carcinoma ductal invasivo da mama, foi feita por carta de referenciação da Médica de Família, tendo-se a doente deslocado diretamente ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, e tendo o processo sido agilizado dentro da mesma Unidade Hospitalar.*

*No que respeita ao diagnóstico do carcinoma folicular da tiroide, uma vez que a doente apresentava sintomatologia, e aproveitando o facto de ter já uma consulta no âmbito do seguimento do carcinoma da mama, acabou por referir as suas queixas diretamente à médica oncologista. Neste sentido, realizou de imediato todos os exames em ambiente hospitalar, pelo que não houve uma referenciação entre a Unidade de Cuidados Primários e a Unidade Hospitalar.*

*Embora em ambos os casos, o período entre a suspeita da patologia, a realização dos exames complementares e a conclusão do diagnóstico não tenha demorado mais do que alguns dias, a doente refere que o seu nível de ansiedade fez prolongar em muito este período. Neste intervalo de tempo, MMCGM destaca que o papel da sua Médica de Família foi crucial na gestão da sua ansiedade e preocupação.*

Neste sentido, compreende-se que o cumprimento dos prazos estabelecidos através dos níveis de prioridade oncológica é essencial, não só para o tratamento da patologia em si, mas também para a gestão da ansiedade dos doentes.

### *Expectativas do doente VS Capacidade dos Serviços*

Tendo em conta as vertentes do acesso e da equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no SNS, e a necessidade de assegurar estes cuidados a todos os cidadãos, torna-se essencial que as diferentes Instituições Hospitalares garantam a prestação de cuidados de forma coordenada e articulada entre si e com os restantes níveis de cuidados. Neste sentido, as redes de referência hospitalar, atualmente designadas de Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR)<sup>9</sup>, assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, com o objectivo de implementar um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Neste sentido, a RNEHR de Oncologia, tem como objetivos centrais a melhoria da acessibilidade e da qualidade da prestação de cuidados aos doentes, a adequada planificação da oferta e dos correspondentes investimentos em meios humanos e técnicos, assim como a diferenciação de todo o sistema prestador<sup>9</sup>.

Perante a evidência de um diagnóstico oncológico, qualquer doente tem a expectativa de que o Sistema de Saúde, seja numa Unidade Hospitalar ou ao nível dos Cuidados Primários, esteja de imediato e totalmente disponível para o seu tratamento e seguimento. No entanto, e embora o SNS tenha critérios de referência específicos e prioritários para doentes oncológicos, a crescente incidência de doenças oncológicas pode levar a um aumento do tempo de espera através das Redes Nacionais de Referência.

Ainda que o período de tempo seja relativamente curto, tal como no caso de MMCGM, a ansiedade, a preocupação e insegurança dos doentes perante o diagnóstico prolongam em muito esta fase, pelo que, mais uma vez, o Médico de Família se torna essencial na gestão da ansiedade durante este período de tempo.

### *Seguimento/Acompanhamento dos doentes*

O tratamento da doença oncológica passa, necessariamente, pelos cuidados em ambiente hospitalar. Contudo, o acompanhamento dos doentes, deve estabelecer o seu alicerce na relação médico-doente, e pode ser melhorado através do envolvimento contínuo dos médicos de Medicina Geral e Familiar. Durante o período de tratamento da doença oncológica é necessária uma forte relação de confiança para que o doente não abandone o acompanhamento nos cuidados primários e se foque exclusivamente nos cuidados oncológicos.

Atualmente, assiste-se a uma fragmentação dos Cuidados de Saúde, nomeadamente devido à excessiva especialização dos vários profissionais. Por outro lado, a estreita abordagem de muitos programas de controlo das doenças, desencorajam uma abordagem holística dos indivíduos e das suas famílias, não valorizando a necessidade da continuidade dos cuidados<sup>1</sup>.

A abordagem do Médico de Família pode ajudar a contrariar esta tendência de fragmentação dos cuidados, adotando uma estratégia mais abrangente dos doentes, das suas patologias e dos contextos sócio-económico e familiar. O seu papel pode incluir a transmissão do diagnóstico, a ajuda na decisão acerca do tratamento, o apoio psicológico e o reconhecimento e gestão de complicações da patologia oncológica ou da sua terapêutica. No entanto, a atuação do Médico de Família não deve descuidar o tratamento de outras doenças intercorrentes e a continuação dos cuidados preventivos apropriados<sup>4</sup>.

Foi realizado um estudo no Canadá, na tentativa de compreender o papel dos Médicos de Família durante o período de tratamento de doenças oncológicas. Foram descritos três padrões de seguimento, representando os níveis de envolvimento de cada Médico de Família durante este período<sup>10</sup>:

- Cuidado sequencial, no qual após o diagnóstico, os pacientes receberam praticamente todos os cuidados por parte de oncologistas e cirurgiões, sem qualquer contacto ou seguimento pelo Médico de Família. No final do tratamento oncológico, alguns doentes voltaram ao acompanhamento em Cuidados Primários, mas outros consideraram os oncologistas mais capazes de corresponder às suas necessidades;

- Cuidado paralelo, tendo o Médico de Família mantido o seguimento do paciente, mas apenas com um papel ativo nas patologias ou problemas não oncológicos. O seguimento da doença oncológica foi realizado paralelamente pelo oncologista.
- Cuidado partilhado, em que o Médico de Família manteve um papel ativo na discussão de terapêuticas alternativas, na referência para novos especialistas e na avaliação e gestão dos sintomas oncológicos. Cumpriu ainda a continuidade do seguimento de outras necessidades médicas e emocionais.

Este estudo concluiu que pacientes seguidos apenas por oncologistas se mostraram menos receptivos aos cuidados preventivos e ao tratamento/seguimento de doenças crónicas não oncológicas, quando comparados com doentes seguidos pelo oncologista e Médico de Família<sup>10</sup>.

*MMCGM, mesmo durante o período de tratamentos, recorria regularmente às consultas no Centro de Saúde, informando a sua Médica de Família relativamente à evolução da doença oncológica, nomeadamente no que confere aos exames complementares e às terapêuticas realizadas. Ainda assim, refere que a Médica de Família não teve um papel diretamente interventivo no tratamento da doença oncológica, mas que o seu apoio foi essencial durante este período. Podemos então enquadrar o seu seguimento como um acompanhamento em paralelo, uma vez que, embora a doente recorresse aos cuidados hospitalares, a sua Médica de Família teve um papel efetivo na gestão de outras patologias, não intervindo diretamente no tratamento da doença oncológica.*

As responsabilidades do Médico de Família são várias, uma vez que, mesmo não tendo um papel direto na ação terapêutica, acaba por ser um pilar essencial para o doente. Neste sentido, cabe ao Médico de Família<sup>4</sup>:

- gerir a situação;
- manter um contacto regular;
- dispor de disponibilidade;
- ter conhecimento dos recursos da comunidade e dos serviços abrangidos;
- atender às necessidades de manutenção da saúde;
- proporcionar uma gestão adequada da dor;
- reconhecer sinais e sintomas de depressão ou outra patologia psiquiátrica;



- conhecer e estar ciente das várias opções terapêuticas;
- comunicar com o doente e apoiá-lo.

### *Contexto familiar e Saúde Mental*

*A transmissão da notícia à família de MMCGM foi feita pela própria, destacando-se o facto de a mesma referir que tanto o marido, como a filha não se terem manifestado muito preocupados perante o diagnóstico. No entanto, veio a perceber que ambos partilhavam as suas preocupações e receios com outras pessoas, o que MMCGM interpreta como algo positivo, no sentido em que não pretendiam expor os seus medos perante a doente.*

*Relativamente ao funcionamento familiar, afirma que tudo se manteve igual, sem uma alteração significativa das rotinas diárias perante a doença. No mesmo sentido, refere ter tido apoio não só do marido e da filha, mas também da irmã e que nunca se sentiu desiludida ou desapontada com a postura de qualquer um deles perante a sua doença. No entanto, quando questionada, a doente afirma que na maioria das vezes se deslocava sozinha para os tratamentos e consultas. Quando confrontada, protege-se dizendo que o marido e a filha não a acompanhavam por ser essa a sua vontade.*

*A doente acabou ainda por referir que em ambiente familiar nunca conversavam acerca da sua doença, denotando-se alguma falta de comunicação e abertura entre os elementos do seu agregado familiar.*

Apesar da ansiedade óbvia a que são submetidos os familiares, o diagnóstico de cancro não está associado a uma degradação da qualidade das relações familiares. Neste sentido, e embora alguns doentes oncológicos, particularmente mulheres com cancro da mama, tenham receio de ser abandonadas pelos companheiros, a maioria dos relacionamentos mantém-se estável. Destaca-se ainda o facto de uma minoria significativa de casais que enfrentam um diagnóstico de cancro da mama referir que a relação se tornou melhor ou mais próxima desde o diagnóstico<sup>4</sup>.

Relativamente aos filhos de doentes oncológicos, destacam-se os sentimentos de medo, culpa e ansiedade, com possibilidade de desenvolvimento de distúrbios do humor e sintomas psicossomáticos, com maior probabilidade em adolescentes do sexo feminino<sup>4</sup>.

*MMCGM refere que nem ela, nem a sua família tiveram apoio por Psicologia ou Psiquiatria. No seu caso, afirma nunca ter sentido necessidade do mesmo, considerando o apoio da Médica de Família essencial e suficiente, descrevendo-a como uma amiga e confidente. Por várias vezes a doente destacou o papel essencial da Médica de Família no que diz respeito ao apoio psicológico que sentiu da sua parte.*

Tanto os pacientes, como a restante família enfrentam, não só uma doença com elevado risco de vida, mas também uma série de consultas de subespecialidades, testes médicos e tratamentos que se tornam realmente difíceis e desgastantes. Durante o período de tratamento dos doentes, o Médico de Família pode e deve ser um importante apoio para o paciente e para a sua família. Por um lado, é uma fonte credível e mais próxima para que possam obter informação, suporte e aconselhamento para doenças intercorrentes, mas também essencial na avaliação pré-operatória, no cuidado pós-operatório e na coordenação com outras especialidades<sup>4</sup>.

À medida que a doença progride e que a necessidade de cuidados aumenta, a morbilidade psicológica do cuidador pode igualar ou ultrapassar a do paciente<sup>4</sup>. Os médicos de família estão numa posição ideal para compreender o impacto da doença na família. Neste sentido, podem ajudar a aliviar alguns medos infundados, tranquilizar o paciente em relação aos cuidados continuados, promover esperança realística acerca do tratamento ou do alívio dos sintomas, avaliar o funcionamento familiar e sobrecarga do cuidador e permitir a exposição de preocupações por parte do paciente e da sua família. Quando necessário, oportuno e apropriado pode ser feita a referência para Saúde Mental e Serviços Sociais<sup>4</sup>.

Alguns estudos mostraram um aumento da prevalência de depressão em doentes com cancro. No entanto, a quantidade de outros problemas psicológicos e psiquiátricos em doentes oncológicos não é diferente da população em geral e é menor do que em pacientes psiquiátricos<sup>4</sup>.

A depressão pode ter um efeito adverso no curso da doença maligna e tem sido associada a uma redução da sobrevivência em doentes com cancro da mama. Esta patologia é muitas vezes sub-diagnosticada em doentes oncológicos, uma vez que os médicos podem considerar os sintomas afetivos como normais, e subestimar a severidade dos sintomas depressivos. Neste sentido, quando necessária, é aconselhada a realização de terapêutica anti-depressiva em doentes oncológicos<sup>4</sup>.

O conceito de stress/ansiedade psico-social em doentes oncológicos é importante, nomeadamente no que respeita a experiências emocionalmente violentas, como medo, tristeza, vulnerabilidade e crises espirituais. Deste modo poderá constatar-se uma sobreposição entre as reações de ansiedade “normais” em doentes oncológicos e reações patológicas, pelo que o ideal será intervir antes de surgirem os sintomas que podem levar a um síndrome clínico<sup>4</sup>.

## CONCLUSÃO

---

De acordo com a pesquisa realizada, pode concluir-se que o diagnóstico de doenças oncológicas em Cuidados Primários pode ser realizado em duas circunstâncias. Por um lado, pode fazer-se um diagnóstico em fase clínica, quando o doente apresenta sintomatologia, ou para alguns tipos de cancro, através da realização de rastreios oncológicos em Cuidados Primários, permitindo um diagnóstico mais precoce, com benefício para os doentes em termos de prognóstico e sobrevida.

A transmissão do diagnóstico é um momento marcante para qualquer doente, pelo que todos os profissionais devem estar preparados para uma adaptação às características e vontades de cada paciente, sendo a mnemónica SPIKES um bom auxiliar.

Relativamente à referenciação dos doentes oncológicos, esta obedece a critérios específicos segundo o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo-se níveis de prioridade clínica específicos para as doenças oncológicas. Ainda assim, a crescente incidência desta patologia pode levar a um aumento do tempo de espera através das Redes Nacionais de Referenciação, ficando a cargo do Médico de Família a gestão da ansiedade, preocupação e incerteza dos doentes durante este período. Neste contexto, pode ainda estabelecer-se um paralelismo entre as expectativas dos doentes e a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Idealmente o seguimento dos doentes oncológicos deverá corresponder a um Cuidado Partilhado, no qual o Médico de Família pode ter um papel interventivo no tratamento, não só de outras patologias concomitantes, mas também da doença oncológica em si. Este tipo de cuidado permite combater a atual fragmentação dos Cuidados de Saúde, particularmente devido à excessiva especialização dos vários profissionais.

Em termos familiares, apesar da ansiedade a que são submetidos, conclui-se que o diagnóstico de cancro não está, necessariamente, associado a uma degradação da qualidade das relações familiares, pelo que a maioria dos relacionamentos se mantém estável. Por outro lado, filhos de doentes oncológicos desenvolvem frequentemente distúrbios do humor e sintomas psicossomáticos, maioritariamente adolescentes do sexo feminino.

A patologia depressiva em doentes oncológicos é muitas vezes sub-diagnosticada, e foi associada a uma redução da sobrevivência em doentes com cancro da mama, pelo que, quando apropriado, poderá ser prescrita terapêutica anti-depressiva. Ainda assim, a incidência de problemas psicológicos e psiquiátricos em doentes oncológicos não é diferente da população em geral e é menor do que em pacientes psiquiátricos.

Finalmente, destaca-se o papel crucial do Médico de Família em todas as fases da doença oncológica, seja no diagnóstico, na referenciação ou no seguimento. A proximidade de que beneficiam os profissionais em Cuidados de Saúde Primários, permite estabelecer uma boa relação médico-doente, proporcionando um apoio essencial, não só aos doentes, mas também a toda a sua família.

## BIBLIOGRAFIA

---

<sup>1</sup> The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

<sup>2</sup> DGS (2014); Doenças Oncológicas em números – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.

<sup>3</sup> DGS (Março 2015); Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Relatório 2014 – Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal Continental.

<sup>4</sup> GEORGE F. SMITH, M.D., University of Minnesota, St. Paul, Minnesota; TIMOTHY R. TOONEN, M.D., Minnesota Oncology Hematology, St. Paul, Minnesota (2007) Primary Care of the Patient with Cancer. American Academy of Family Physicians.

<sup>5</sup> Ministério da Saúde; Portaria nº 95/2013 de 4 de março - Diário da República, 1.<sup>a</sup> série - N.º 44 - 4 de março de 2013.

<sup>6</sup> Ministério da Saúde; Lei nº 15/2014 de 21 de março - Diário da República, 1.<sup>a</sup> série - N.º 57 - 21 de março de 2014.

<sup>7</sup> Ministério da Saúde; Portaria nº 87/2015 de 23 de março - Diário da República, 1.<sup>a</sup> série - N.º 57 - 23 de março de 2015.

<sup>8</sup> ERS - Entidade Reguladora da Saúde – “[www.ers.pt/pages/384](http://www.ers.pt/pages/384)”

<sup>9</sup> Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Oncologia Médica (V.FINAL) – Relatório final de oncologia médica

<sup>10</sup> Alia Norman, MD; Jeffrey Sisler, MD, CCFP; Thomas Hack, PHD; Michael Harlos, MD, CCFP (2001) Family physicians and cancer care - *Palliative care patients' perspectives*. Canadian Family Physician 47:2009-2016